

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1901, à 1 heure

Par M. VALSAMIDÈS
né à Monastir (Turquie), le 29 juin 1869.

DE

L'EXTIRPATION DES TROMPES

PAR LE PROCÉDÉ ANATOMIQUE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. SCHWARTZ, professeur.
QUÉNU et WALLICH, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

555

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1901, à 1 heure

Par M. VALSAMIDÈS
né à Monastir (Turquie), le 29 juin 1869.

DE

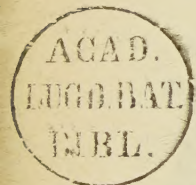
L'EXTIRPATION DES TROMPES

PAR LE PROCÉDÉ ANATOMIQUE

Président : LE DENTU, professeur.

*Juges : } MM. SCHWARTZ, professeur.
 } QUENU et WALLICH, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ROUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI.
	KIRMISSON.
Agrégés en exercice.	
MM.	DESGREZ
ACHARD	DUPRE
ALBARRAN	FAURE
ANDRE	GAUCHER
BONNAIRE	GILLES DE LA
BROCA (Aug.)	TOURETTE
BROCA (André)	HARTMANN
CHARRIN	HEIM
CHASSEVANT	LANGLOIS
DELBET	LAUNOIS
	LEGUEU
	LEJARS
	LEPAGE
	MARFAN
	MAUCLAIRE
	MENETRIER
	MERY
	REMY
	ROGER
	SEBILEAU
	TEISSIER
	THIERY
	THIROLOIX
	THOINOT
	VAQUEZ
	VARNIER
	WALLICH
	WALTHER
	WIDAL
	WURTZ
Chef des Travaux anatomiques: M. AIEFFEL.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550231_0009

DE

L'EXTIRPATION DES TROMPES

Par le procédé anatomique dans les salpingites

INTRODUCTION

Les opérations de salpingites sont aujourd'hui des plus banales. La guérison est de règle presque sans exception. Pour simples cependant que soient les interventions dirigées contre les affections de la trompe, il n'est pas indifférent d'avoir entre les mains une technique réglée, une opération facile. C'est pourquoi, sur les conseils de M. Paul Delbet, chef de clinique de M. le Professeur Le Dentu, nous avons repris ce sujet. Nous lui avons vu plusieurs fois employer pour l'extirpation de la trompe le procédé, dit anatomique ; c'est cette technique que nous venons exposer dans notre thèse inaugurale. Les succès opératoires, en effet, ont été constants, et l'évolution remarquablement bénigne dans les cas que nous avons vu opérer.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un

plaisir de nous conformer à l'usage, qui veut que l'on adresse l'expression de sa reconnaissance aux maîtres qui vous ont guidé dans vos études.

Nous sommes heureux de remercier publiquement nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et en particulier MM. les Professeurs Jaccoud et Albert Robin, dont nous avons été le stagiaire.

M. le Professeur Pinard a droit aussi à notre reconnaissance pour nous avoir appris l'art des accouchements.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement de MM. les professeurs Tillaux et Reclus.

Nous avons suivi avec beaucoup de profit la consultation externe à la Pitié de M. le professeur agrégé Thierry.

Nous devons un témoignage de gratitude à M. Paul Delbet, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et fourni les observations.

Nous devons remercier également M. le Dr Raymond Petit, qui a bien voulu nous donner deux observations inédites pour notre thèse.

M. le professeur Le Dentu, dont nous avons suivi avec si grand intérêt et si grand profit les leçons cliniques, nous fait le grand honneur de présider la soutenance de notre thèse, nous lui en serons toujours reconnaissant.

HISTORIQUE

Bien que des plus fréquentes parmi les maladies des femmes, la salpingite est une affection tard venue dans le cadre nosologique.

Longtemps, en effet, elle a été confondue avec l'inflammation du tissu cellulaire et avec l'inflammation du péritoine proprement dit. C'est seulement, depuis les travaux d'Aran et de Siredey et surtout depuis l'heureuse opération de Lawson Tait, que la salpingite a été connue et étudiée.

Depuis ces premières constatations un grand nombre de travaux ont été consacrés à l'étude de cette question. Au point de vue anatomo-pathologique, nous signalerons les travaux de Zweifel, de Pierre Delbet, de Petit ; au point de vue bactériologique la thèse de Reymond marque une étape dans la question ; au point de vue clinique les travaux de Pozzi, de Terrier ont fait peu à peu progresser nos connaissances.

Le traitement opératoire est cependant resté, on peut le dire, pendant longtemps à l'état embryonnaire. Le décollement brutal des adhérences, l'extirpation aveugle des poches suppurées faisaient de l'opération de la salpingectomie, une opération mal réglée et pleine d'aléas et on

comprend qu'à cette époque, on ait longuement discuté les indications de la voie abdominale, de la voie sous-péritonéo-pelviennne, de la voie périnéale et de la voie vaginale. Certes, ces opérations subsistent toute entière mais elles présentent des indications formelles, nous ne nous attarderons pas dans la discussion de ces faits connus.

Le point, sur lequel nous voulons aujourd'hui insister, c'est l'avantage qu'il y a à substituer à l'extirpation aveugle des annexes un procédé plus anatomique, procédé préconisé par M. Hartmann au congrès d'Amsterdam, journellement suivi, paraît-il, dans le service de M. le Dr Terrier, mais sur lequel on n'a pas encore publié un très grand nombre de faits cliniques.

La salpingite peut être opérée d'une manière aussi simple et aussi correcte que l'appendicite. Nous montrerons, que cette technique n'a pas seulement l'avantage d'être plus régulière, mais qu'elle est aussi plus sûre et plus constante dans ses résultats.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a classé de manière très variable les altérations de la trompe. Nous rappellerons simplement, que M. le professeur Pozzi les classe de la manière suivante :

1° Salpingites aiguës catarrhales.

2° — aiguës purulentes.

3° — chroniques parenchymateuses comprenant elles-mêmes :

a). — Forme hypertrophique.

b). — Forme atrophique.

4° Hydrosalpinx.

5° Hémato-salpinx.

6° Pyosalpinx.

Cette classification suit les altérations de la trompe d'une manière judicieuse. L'infection, en effet, venant de l'utérus, gagne la surface muqueuse de la trompe et détermine un processus irritatif, c'est le catarrhe simple. L'infection est-elle plus violente, la muqueuse n'est pas seulement congestionnée, elle devient le siège d'une excrétion purulente. Ce pus s'élimine, soit par la cavité utérine, soit dans le péritoine par le pavillon largement ouvert. C'est à une de ces variétés qu'appartient une de nos observations.

Cette lésion peut guérir et la trompe retrouver son état normal; elle peut aussi passer à l'état subaigu, il se produit alors des proliférations du tissu conjonctif interstitiel dans l'épaisseur de la paroi, la salpingite devient hypertrophique. Si ce tissu se rétracte et si l'infection a été relativement modérée, il peut n'y avoir que des lésions atrophiques.

A côté de ces processus réparateurs, la trompe peut se fermer à ses extrémités du côté de l'utérus et du pavillon, par le processus bien exposé dans la thèse de Reymond et sur lequel nous ne pouvons insister. Le liquide sécrété se trouve retenu dans la trompe, qu'il distend, au début c'est du pus, il y a pyosalpinx, ultérieurement, le liquide perd sa virulence et se transforme en liquide séreux (hydrosalpinx)

Quant à l'hématosalpinx, il est possible par rupture des capillaires enflammés, il peut évidemment aussi se faire un épanchement de sang dans une trompe après un traumatisme; mais aujourd'hui on admet généralement, qu'il s'agit dans ce cas d'une grossesse extra-utérine.

Ces lésions, toutefois, ne nous intéressent que médiocrement dans l'étude que nous poursuivons. Ce sur quoi nous tenons surtout à insister, c'est sur la position prise par les trompes. Si, en effet, ces organes se développaient sur place, s'ils conservaient la mobilité qu'ils présentent normalement, rien ne serait plus facile que de les isoler et les pédiculiser par une ligature enchaînée; il n'y aurait pas lieu de discuter les différents procédés d'exérèse. Mais il n'en est pas ainsi, il faut bien savoir, au contraire, qu'une trompe malade change de forme et

change de situation. Ce sont ces lésions, sur lesquelles il nous faut insister pour faire comprendre les dangers de la manœuvre d'énucleation banale.

Lorsque l'infection a dépassé les parois de la trompe ou lorsque les agents microbiens se sont ouverts une voie vers le péritoine par l'orifice externe de la trompe, le péritoine réagit et la trompe contracte des adhérences avec les organes voisins.

Lorsque les trompes se trouvent englobées par les exsudats péritonéaux, diverses éventualités peuvent se produire : ou bien les accidents n'ont que peu d'intensité, il se produit simplement des fausses membranes, peu épaisses, peu résistantes, faciles à décoller, au début, mais qui, plus tard, se rétractent, deviennent dures et fixent énergiquement la trompe aux organes voisins, la libération est alors extrêmement difficile : ou bien l'infection est grave, ce ne sont pas seulement des fausses membranes, qui se produisent, mais il se fait des infiltrations purulentes ; des poches plus ou moins considérables se constituent autour des annexes, les unes volumineuses et faciles à voir, les autres, au contraire, masquées par les fausses membranes.

Lorsque les exsudats sont extrêmement développés, la trompe se trouve enfouie au milieu des néo-formations de toutes sortes et rien ne la distingue plus des organes environnants. C'est précisément pour le cas de ce genre avec lésion bilatérale que Péan et Segond ont créé l'hystérectomie vaginale, faisant précisément valoir comme argument, qu'il était impossible de reconnaître au milieu de ces productions la trompe malade.

Les collections suppurées peuvent rester englobées dans les fausses membranes; elles peuvent aussi se faire jour à l'extérieur, elles viennent alors s'ouvrir, par l'intermédiaire des adhérences, dans l'intestin grêle, le gros intestin, le vagin, la vessie, créant des tunnels, qu'il ne faut pas éventrer à l'aveugle.

Les trompes ne restent pas non plus dans leur situation normale, elles peuvent contracter en avant des adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen; elles peuvent, et c'est le cas ordinaire, tomber dans le cul-de-sac de Douglas, s'enfouir derrière l'utérus où elles deviennent très difficilement accessibles, se confondant avec les organes voisins; elles peuvent se replier devant et même au-dessus de l'utérus.

Ces dispositions, bien connues des chirurgiens devaient être rappelés rapidement comme un préambule à la discussion des procédés opératoires.

TRAITEMENT

Procédés opératoires.

Nous passons rapidement sur le traitement médical, tel que l'électricité, le massage, les injections vaginales, employées pour agir sur les trompes par l'intermédiaire de l'utérus. Nous ne faisons également que signaler le curettage et la dilatation de l'utérus, et nous arrivons immédiatement au traitement chirurgical.

Ce traitement comprend deux méthodes : 1^o l'opération par la voie basse, 2^o l'opération par la voie haute.

La voie basse consiste : 1^o à inciser par le vagin une trompe distendue par du liquide et voisine du vagin 2^o à enlever les trompes et annexes, après avoir incisé le vagin (Gaillard Thomas, Byfford, Gottschalk, Picqué, Martin) ; 3^o à faire l'hystérectomie vaginale ou la périnéotomie.

La voie haute comprend : la laparotomie sous-péritonéale, la laparotomie avec extirpation de la trompe, l'hystérectomie.

Nous ne faisons que mentionner ces opérations sans entrer dans la discussion de leurs mérites respectifs. Elles ne doivent pas être opposées les unes aux autres, mais reconnaissent des indications spéciales, discutées dans tous les traités, précisées dans la plupart d'entre eux, et dans l'exposé desquelles, nous ne pouvons entrer.

Nous voulons simplement ici étudier un procédé spécial dit procédé anatomique, procédé exposé pour la première fois par M. Hartmann, au Congrès International d'Amsterdam. Voici les avantages du procédé anatomique tels que les a exposés M. Harmann.

1° Suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne. Ici, il ne s'agit pas seulement de grosses masses charnues, résultant de la constitution d'un pédicule utérin, après une hystérectomie abdominale, mais encore des pédicules, que l'on faisait, il y a quelques années, lorsque l'on enlevait des kystes de l'ovaire ou des annexes malades, prenant en masse entre deux grosses soies entrecroisées la partie supéro-externe du ligament large.

Ces divers pédicules exposaient à l'hémorrhagie par glissement du fil, à l'occlusion intestinale par adhérence d'une anse au moignon cruenté ; plus tard, ils constituaient des noyaux douloureux, cause de gêne et de tiraillement.

Tous ces accidents ont disparu, depuis que l'on opère les tumeurs utérines ou annexielles comme celles des autres régions du corps, isolant complètement les parties à enlever, se contentant de lier les points qui saignent, manœuvre, d'autant plus facile, que l'utérus et l'ovaire sont des organes pourvus de pédicules vasculaires, ne recevant aucun vaisseau dans l'intervalle de ces pédicules, si bien que lorsqu'on connaît la situation anatomique de ceux-ci, on peut hardiment couper les parties intermédiaires sans aucune crainte d'hémorrhagie. A la phase, en quelque sorte expérimentale, obscure de ces opérations, a succédé aujourd'hui une phase anatomique.

Aujourd'hui la ligature en masse des parties, dit M. Hartmann, doit être proscrite d'une manière absolue et l'on doit faire la ligature isolée des vaisseaux. Une difficulté se présentait celle de trouver ceux-ci dans les épiploons gros et adhérents. Cette difficulté est tranchée aujourd'hui, depuis qu'avec les grosses pinces écrasantes nous pouvons réduire ces pédicules et nous contenter de lier les vaisseaux isolés et écrasés, dans cette question, nous sommes d'accord avec Doyen et que nous n'aimons pas abandonner, comme Tuffier, des vaisseaux simplement angiotripsés.

2° *Suppression des surfaces cruentées.* — Un point, qui nous semble avoir encore son intérêt, c'est de supprimer toutes les parties cruentées, en enfouissant les ligatures et en suturant avec soin le péritoine du petit bassin, comme on suture celui de la paroi abdominale, reconstituant à la fin de l'opération un plancher pelvien.

Ces quelques lignes donnent l'idée directrice et résument les avantages du procédé antomique.

Voici le procédé tel que nous avons vu employer par M. Paul Delbet à la clinique chirurgicale de M. le professeur Le Dentu.

Le premier temps consiste dans l'incision de la paroi abdominale. Si la tumeur salpingienne est volumineuse, si son ancienneté fait redouter de solides adhérences, dans tous les cas, en un mot, où l'opération semble être laborieuse, on incise verticalement sur la ligne médiane, en commençant à un travers de doigt au-dessus du pubis, suivant le procédé classique. Si au contraire, la salpingite est relativement récente, si elle est nettement limitée à un

des côtés du ventre, si elle est peu volumineuse, on incise la paroi transversalement, suivant le procédé de Segond, c'est-à-dire qu'on trace une incision semi-lunaire sur la peau, immédiatement au-dessus du pubis, on relève un large lambeau cutané en décollant la peau à sa face profonde, puis on incise la portion musculaire de la paroi, comme dans le procédé précédent.

Cette incision transversale a le grand avantage de se dissimuler aisément sous les poils pubiens et elle expose moins aux éentrations, les plans cutanés et musculaires incisés dans deux sens, réciproquement perpendiculaires, se servant à la suite mutuellement d'appui. Cette incision n'a que le désavantage de donner un peu moins de jour sur les parties profondes.

Le péritoine ouvert, si la lésion se présente dans les conditions que nous spécifierons tout à l'heure, on ne se préoccupe nullement de la trompe, on cherche seulement l'utérus, comme on cherche le cœcum dans les opérations de l'appendicite. L'utérus découvert, on arrive aisément sur son fond et par son intermédiaire sur la trompe malade. On saisit cette trompe à son insertion utérine. Au lieu d'exercer sur elle des tractions en masse, comme dans l'ancien procédé, on se contente d'isoler rapidement l'insertion utérine. Tenant cette portion de la trompe entre le pouce et l'index de la main gauche, on sectionne doucement avec un bistouri tenu de la main droite le péritoine sur et parallèlement à la trompe. On peut alors aisément avec les doigts ou la sonde cannelée séparer circulairement la trompe de son revêtement séreux. On place une ligature, de préférence au catgut, au ras de la

corne utérine, une pince à demi centimètre de la ligature, et après avoir protégé le ventre, on sectionne la trompe au thermo-cautère entre la pince et la ligature. Ces temps opératoires peuvent ainsi s'effectuer, sans qu'il s'écoule dans le ventre une seule goutte de pus.

Ceci fait, on continue à décoller la trompe avec les doigts ou la sonde cannelée en suivant exactement son contour. Si le péritoine adhère au niveau de l'insertion tubaire du mésosalpinx, on en est quitte pour sectionner à petits coups aux ciseaux cette insertion. Le point important, c'est de ne jamais perdre la trompe de vue, et de n'inciser que tout contre celle-ci, comme s'il s'agissait de faire une dissection anatomique de la trompe. On est ainsi conduit peu à peu sur le pavillon, on regarde alors, si l'ovaire est sain ou malade. L'ovaire est-il sain, on passe immédiatement sous la trompe soulevée par un aide une anse de catgut que l'on noue en dehors du pavillon, embrassant ainsi les vaisseaux, qui abordent la portion externe de la trompe. Si l'ovaire est malade, on l'isole des adhérences, comme on le fait pour la trompe et on place la ligature au-dessous et en dehors du pavillon de la trompe et de l'ovaire. La trompe enlevée, on trouve à sa place une cavité dont le fond conduit entre les deux feuillets du ligament large. On prend alors chacun de ces feuillets avec une pince hémostatique et on ferme le ligament large en réunissant les deux feuillets par un surjet au catgut. On prolonge ce surjet à ses deux extrémités de manière à enfouir sous le péritoine les deux moignons de la trompe et les ligatures qui les étreignent.

Dans ce surjet, il est bon de renverser autant que pos-

ible les feuillets péritonéaux pour les adosser par la face séreuse. Quelquefois, l'utérus se trouve un peu ballant, il est bon alors de fixer sur cet organe le ligament de l'ovaire.

AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° Economie de temps ; on ne perd pas de temps à chercher un plan de clivage par lequel on puisse pénétrer pour isoler la trompe des organes voisins.

2° Facilité plus grande ; il est, en effet, très simple de repérer la trompe et il est aisé de la suivre dans ses contours, qu'elle soit recourbée en avant ou prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. Le ligament large s'ouvre peu à peu devant l'opérateur aux yeux duquel les parties se présentent pour ainsi dire d'elles-mêmes.

3° Sécurité plus grande. D'une part, comme on exerce sur la trompe des tractions modérées, on risque moins de la rompre. D'autre part, comme on suit ses parois, on laisse nécessairement sa cavité intacte et on enlève l'organe avec le pus qu'il contient comme une tumeur. S'il existe des adhérences avec les viscères creux voisins, on n'est pas exposé à blesser ces organes, puisqu'on se maintient toujours au contact de la trompe, loin des viscères. Dans le cas où la trompe se serait ouverte dans un des organes voisins et il existerait une fistule faisant communiquer la trompe avec les organes, il serait aisé de le circonscrire et de sectionner le trajet entre deux pinces.

Dans un seul cas, ce procédé ne saurait être employé. C'est celui dans lequel il existe une vaste pelvi-péritonite

avec abcès enkystés autour des trompes. Cette technique les ouvrirait nécessairement.

4° Comme avantage éloigné, cette opération supprime les gros pédicules laissés autrefois à nu dans le ventre et sur lesquels l'intestin et le grand épiploon venaient contracter des adhérences.

5° Enfin, si l'asepsie n'a pas été parfaite, ce n'est plus de la péritonite qu'on est exposé à voir survenir ; c'est dans le ligament large que se développe l'infection, celle-ci reste limitée.

Critiques faites à l'opération.

Si simple que paraisse ce procédé il n'a cependant pas échappé à toute critique.

Dans un article paru dans la *Revue de gynécologie* 1900 p. 90, M. Rebreyend lui adresse un certain nombre de critiques.

Nous suivrons cet auteur dans l'exposé de cette objection.

La principale objection, c'est que par ce procédé l'hémotase est insuffisante. M. Rebreyend fait, en effet, remarquer que lorsqu'on détache la tumeur annexielle à coups de ciseaux en plaçant, comme le veut Hartmann, une pince sur les vaisseaux qui saignent, on n'oblitére avec sécurité que les vaisseaux un peu volumineux. Or, dans le cas que Rebreyend a observé, obligé d'intervenir secondairement, il a pu constater un épanchement assez considérable et cependant les recherches faites sur la tranche du ligament large n'ont pas permis de trouver des vais-

seaux importants, comme source de l'hémorrhagie. Il suffit donc, que des artérioles, des vaisseaux veineux même peu volumineux aient été intéressés dans l'isolement de la trompe et qu'ils soient restés non oblitérés, pour qu'ils puissent devenir le point de départ d'une hémorrhagie retardée grave.

De plus, Rebreyend a observé d'une façon nette, qu'au moment de la section du ligament large les vaisseaux se rétractent entre les deux feuillets, qu'ils débordent ensuite. Il attribue cette rétraction à une pratique qui d'après lui serait courante.

Pour faire plus aisément la section et l'hémostase, on attirerait au voisinage de l'incision abdominale la base de la tumeur à enlever, cette traction étant exercée, en général par deux pinces de Kocher [placées aux deux bouts du pédicule, une vers la corne utérine, une vers la paroi pelvienne. Cette traction excentrique solliciterait la rétraction des vaisseaux placés à la partie moyenne. Elle aurait pour effet d'oblitérer par élongation et par accolement de leurs parois les vaisseaux veineux ou même artériels de petit calibre. Cela est si vrai, dit-il, que tout le monde a vu un pédicule presque étanche, lorsqu'il est ainsi exposé dans la plaie abdominale se mettre à saigner en nappe par plusieurs petits orifices vasculaires, dès qu'on laisse revenir en place et reprendre ses connexions anatomiques.

M. le professeur Pozzi a de plus montré qu'il existe au moment de l'opération une hypotension artérielle momentanée attribuable à l'anesthésie ; tel vaisseau qui, au moment de l'opération donne un suintement insignifiant

ou nul, se mettra à saigner d'une façon lente et progressive, lorsque la malade se réveillant la pression artérielle remontera parallèlement. Ceci n'est possible, il est vrai, que pour de petits vaisseaux, et d'une manière générale pour des veines : mais ces vaisseaux suffisent pour produire une hémorrhagie importante, dit Rebreyend, et en voici la preuve. Il existe deux petites interventions intra-péritonéales, dans lesquelles on n'est exposé anatomiquement à ouvrir aucun vaisseau de calibre : la salpingostomie ou dilatation plastique de l'orifice tubaire atrésié ; et le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. L'hémostase, au moins dans la première est néanmoins difficile et laborieuse. Dans deux cas (Obs. I et II) il se produisit, après ces interventions, des accidents sérieux imputables à un épanchement sanguin dans le péritoine, accidents, dont la cause put être précisée, car, dans les deux cas, ils ne cédèrent qu'à une colpotomie postérieure permettant de reconnaître et d'évacuer des caillots.

La suture en surjet aurait pour avantage d'éviter les adhérences de la cicatrice et du péritoine. M. Rebreyend le nie et signale un cas, où l'on a observé au cours d'une laparotomie secondaire, au deuxième jour, une adhérence intestinale récente siégeant précisément au niveau du surjet (obs. IV). Celui-ci avait été cependant pratiqué avec du catgut très fin. Il en conclut, qu'en aucun cas le surjet du péritoine ne peut être une garantie contre les adhérences. Il faut, d'ailleurs, remarquer que la technique diffère suivant les chirurgiens. Quelques-uns ne chargeant sur des aiguilles que la très mince lame de

tissus inséparable du péritoine laissent entre la ligature vasculaire et la suture un espace mort où le sang provenant d'un vaisseau oublié s'accumule et forme un hématome sous-séreux. On a vu dans les cas de ce genre l'hémorragie, après avoir constitué un hématome plus gros que le poing, filtrer à travers ce surjet et remplir de caillots le cul-de-sac de Douglas.

D'autres chirurgiens chargent avec l'aiguille toute l'épaisseur du ligament large au voisinage de son bord et serrant fortement leur fil, le surjet dit hémostatique, a paru moins utile que dangereux. Que de fois l'aiguille aveugle, qui transperce le ligament un peu au-dessous de sa tranche, n'a-t-elle pas rouvert par mégarde un vaisseau au-dessus de sa ligature, surtout *en dedans* près de la corne utérine ».

Réponse aux objections.

Ces critiques ont évidemment une très grande valeur, une valeur d'autant plus considérable, qu'elles s'appuient sur des faits bien constatés, sur des morts suivies d'autopsie.

Remarquons, toutefois, qu'il s'agit là des faits exceptionnels. J'ai feuilleté les trois dernières années du *Centralblatt für Gynecologie* sans trouver de cas analogues. Nous savons, d'autre part, que ce procédé ou des procédés analogues sont employés dans divers services de chirurgie, jamais on n'a signalé d'accidents de cette nature. Il est facile, d'ailleurs, d'éviter ces éventualités fâcheuses par quelques précautions techniques.

D'abord, il n'est pas nécessaire, pour extirper la trompe

d'attirer la portion malade jusqu'au niveau de la plaie abdominale. Quand on se sert du plan incliné, que l'anesthésie est suffisante, que l'on a écarté les anses intestinales avec une compresse, on voit toujours aisément, au moins, l'utérus et on arrive de même sur l'insertion utérine de la trompe. L'incision péritonéale, le dépouillement de la trompe se font facilement, sans qu'il soit nécessaire d'exercer de tractions. S'il existe des adhérences, c'est en dehors du côté de la ceinture pelvienne, qu'elles sont un peu intimes. Lorsque la trompe a été isolée dans la portion utérine, la décortication se fait avec une remarquable facilité, et si on exerce des tractions sur la trompe, les tractions sont toujours modérées, parce qu'on est dans un plan de clivage, qui cède devant le doigt. Il n'y a donc pas, en ce moment, de tractions considérables sur les vaisseaux, tractions susceptibles de les allonger et de les oblitérer temporairement.

Quant à la remarque de M. Pozzi, à savoir l'hypotension artérielle momentanée produite par l'anesthésie, c'est là incontestablement une disposition défavorable. Elle montre, que l'hémostase doit être faite avec certaines précautions. Il n'en est pas moins vrai, que si on oblitère d'une manière évidente les différents vaisseaux de la région, elle n'aura pas ici plus d'inconvénients, que dans le procédé classique de la trompe.

De même, nous allons voir que les objections faites au surjet sont plutôt des objections techniques et que là encore, on peut venir à bout des difficultés par une bonne technique.

Il y a, d'abord, ce qui concerne l'hémostase des pédicules.

Pour comprendre ce qui se passe dans ces cas, il faut se reporter à la structure anatomique du ligament large. Lorsque l'artère utérine a longé le bord latéral de l'utérus et atteint l'insertion tubaire, elle se porte en dehors, elle longe la partie inférieure de la trompe et émet des branches qui abordent celles-ci par son bord inférieur ; elle vient ensuite, après avoir irrigué l'ovaire, s'anastomoser avec l'utéro-ovarienne. Dans ce trajet, elle est accompagnée par des veines assez volumineuses. Mais tous ces organes sont plongés dans une gaine celluleuse, ils sont situés au voisinage de la trompe et n'occupent dans le ligament large que le bord supérieur, constituant là des arcades à territoire nettement limité.

Que faut-il faire pour assurer l'hémostase dans des semblables systèmes ?

Il suffit d'oblitérer les deux extrémités des arcades vasculaires, qui soutendent la trompe. On coupe ainsi sûrement la voie à toute hémorragie ultérieure, se faisant par la tranche du ligament large. C'est pourquoi dans la technique, telle que je l'ai décrite, il faut attacher une grande importance à une petite manœuvre que j'ai vu exécuter par M. Paul Delbet, lorsqu'on a incisé le péritoine, lorsqu'on a commencé le décollement de cette séreuse sur la trompe ; il faut, pour achever la libération du péritoine, suivre avec une sonde cannelée la face interne de cette séreuse, de manière à rassembler en un pédicule avec la trompe le tissu conjonctif du bord su-

périeur du ligament large et les vaisseaux qu'il contient. On passe alors avec une aiguille mousse un fort catgut, qui embrasse non seulement la trompe, mais encore le pédicule vasculaire. Supposons que le pédicule ait échappé au moment de la libération de la trompe, il arrivera un moment où l'on sectionnera une artère et celle-ci donnera un suintement sanguin; au lieu d'oblitérer le vaisseau, par simple suture, il faudra le pincer, exercer sur lui une légère traction de manière à venir porter la ligature non sur une branche, mais sur le tronc principal; et comme on oblitère de même le pédicule externe, il en résulte que l'on fera toujours avec une exactitude suffisante l'hémostase du bord supérieur du ligament large.

Quant au surjet, qui doit réunir les deux feuillets du ligament, il faut, pour qu'il soit utile, rapprocher les points du bord supérieur du ligament, et les uns des autres. Il faut, en outre, lorsqu'on fait le surjet, saisir dans la pince à disséquer, le bord péritonéal seul du ligament, de manière précisément à ne piquer qu'une zone invasculaire.

Le second reproche que l'on fait au procédé, c'est qu'il ne met pas à l'abri des adhérences secondaires, que sur son bord néo-formé, l'intestin et l'épiploon peuvent venir se fixer. Il est incontestable qu'il vaudrait mieux faire le surjet en renversant les bords de la séreuse, de manière à enfouir le fil tout en fermant le ligament large. Mais, c'est là un idéal, qu'il serait trop long de réaliser; il n'en est pas moins vrai, qu'un bord mince, ourlé avec un catgut fin, présentera toujours moins de surfaces aux adhérences qu'un gros moignon étreint par un fil de soie. Et cela tellement est vrai que M. le professeur Pozzi a toujours soin,

ainsi que nous l'apprend M. Rebreyend de péritéoniser les surfaces de ces moignons.

D'ailleurs, la constatation d'adhérences peu de temps après une opération comme cela est arrivé à Rebreyend, n'est pas une preuve, qu'il se constitue des adhérences définitives. Ne sait-on pas, en effet, que dans un certain nombre d'affections le péritoine adhérent se libère ultérieurement. M. le professeur Le Dentu nous a fait remarquer, que, dans les appendicites en particulier, on pouvait être obligé d'intervenir pour inciser simplement des abcès, qu'ultérieurement la résection à froid de l'appendicite devenait nécessaire. Or, au moment où on ouvre le ventre, on constate que l'appendice est de nouveau libéré. M. le professeur Le Dentu a pu constater le fait sur plusieurs malades.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

On ne doit pas employer une opération grave, telle que la laparotomie ou l'hystérectomie pour toute salpingite, et à cet effet, je dois rappeler le précepte de M. le professeur Segond, qui dit textuellement que « dans le traitement des inflammations péri-utérines, les interventions graves, comme la laparotomie ou l'hystérectomie, doivent être toujours scrupuleusement réservées aux femmes, chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation.

Pour se décider à une opération on ne doit pas tant se guider sur l'anatomie pathologique probable des lésions que sur l'âge, l'incurabilité, l'intensité ou la gravité des symptômes locaux ou généraux. On peut classer les malades, qui viennent nous demander notre intervention en deux catégories: les unes sont des malades vraies, les autres des infirmes. Les premières sont des femmes atteintes de lésions péri-utérines suppuratives, qui sont exposées à l'épuisement par suppuration pelvienne chronique, fistuleuse ou non fistuleuse, avec les dangers créés par la rup-

ture ou toute autre complication d'une complication purulente préexistante.

Les autres ne sont pas à la merci des dangers de la suppuration, mais les souffrances continues épuisent leur activité et les rendent incapables de toute occupation, elles deviennent par cela même infirmes. Dans tous ces cas, l'intervention s'impose. Quant au moment d'intervenir, il faut encore se rappeler le précepte de M. Segond, de ne jamais songer à l'ablation des annexes, sans être certain, qu'il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice. A ce précepte, nous pouvons ajouter et la règle qu'a posée M. le Pr Bouilly, que d'habitude, l'opération doit être faite de préférence en dehors des poussées aiguës. Elle ne trouve son application dans ce cas, que si les symptômes démontrent la formation d'un abcès et la menace de son ouverture spontanée ou si une collection déjà faite entraîne des accidents aigus d'infection générale.

Quant au procédé anatomique, en lui-même, il peut s'employer dans tous les cas. On peut l'employer dans la salpingite fistuleuse et M. Paul Delbet nous a dit, que dans un cas de trompe suppurative ouverte dans le vagin, il avait pu, à l'aide du procédé anatomique, isolant peu à peu la trompe, arriver sur le trajet fistuleux, isoler et réséquer très aisément sans faire courir aucun risque au péritoine.

Toutefois, pour que le procédé soit nettement applicable, il faut, autant que possible, se borner à l'utiliser dans le cas de salpingite circonscrite, ou du moins, sans lésions suppurées périsalpingiennes.

**1° Observations données par M. REBREYEND,
dans son mémoire de la Revue de gynécologie**

OBSERVATION I (Résumée).

Mme C..., entrée dans le service de Pozzi, le 6 février 1899.

Laparotomie le 28 mars, pour lésions bilatérales des annexes. On va chercher d'abord les annexes droites, on les amène facilement : l'ovaire un peu gros est sain d'aspect. La trompe, également augmentée de volume, est oblitérée à son orifice externe ; le siège de cet orifice est occupé par un petit tubercule comparable à un bourgeon charnu.

Les annexes gauches sont amenées avec beaucoup plus de difficultés, en raison d'adhérences assez lâches, mais nombreuses, à la paroi et à l'intestin. L'ovaire de ce côté est doublé de volume, la trompe volumineuse, oblitérée.

Les lésions étant plus prononcées de ce côté, on sacrifie la totalité des annexes gauches. Excision de la trompe et de l'ovaire au-dessous d'une ligature en chaîne du catgut. Le moignon est cautérisé au thermo-autère.

À droite, on tente de rétablir la perméabilité de la trompe. Dans ce but, une incision longitudinale au thermo-cautère, faite sur sa face postérieure, ouvre la cavité ; on la prolonge de 5 centimètres environ. De chaque côté de cette incision, un surjet au catgut fin réunit la muqueuse salpingienne à la séreuse.

On réduit doucement les annexes droites dans la fosse iliaque, en évitant qu'elles se prolapsent dans le Douglas.

Dans le but d'éviter ce prolapsus, et en même temps d'as-

surer l'hémostase (léger suintement des adhérences rompues et de la tranche salpingienne) on glisse sans bourrer dans le Douglas une longue et mince mèche de gaze aseptique, qui ressort à la partie inférieure de la plaie abdominale. Suture du reste de la plaie en trois plans au catgut. Un point profond au fil d'argent.

Suites opératoires, simples ; ablation de la mèche au deuxième jour, du fil profond le sixième jour ; on a cependant noté une élévation thermique qui a duré cinq jours et atteint 39°,8 ; une fois encore le 7 avril, petit frisson et élévation à 39°,4.

La malade quitte l'hôpital le 30 avril, n'ayant plus que quelques douleurs abdominales mal localisées ; mais le 6 mai au moment où reparaissent les règles, cette douleur s'exaspère ; la malade revient à l'hôpital, où l'on trouve un petit épanchement dans le Douglas.

Colpotomie le 16 mai. On trouve quelques petits caillots sanguin, pas de suppuration. Mèche de gare aseptique dans l'incision.

Le 24, on supprime la mèche. La guérison se poursuit sans incidents.

OBSERVATION II (résumée).

L... (Mathilde), âgée de vingt-trois ans, entrée le 16 août 1899, dans le service de M. Pozzi, remplacé par M. Legueu.

Réglée à douze ans ; ses règles avaient toujours été douloureuses, moyennement abondantes, et duraient dix jours. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

La malade ressent, principalement dans le côté droit du bas-

ventre, des douleurs avec irradiation vers les reins, les cuisses, l'anus. Au toucher, utérus en rétroflexion, irréductible, dans le cul-de-sac droit, tuméfaction répondant aux annexes. Etat général satisfaisant, pas de fièvre. Laparotomie, 24 août 1899. Pas d'annexite. Utérus rétrofléchi, raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par plicature, maintenue à l'aide d'un surjet. L'utérus est remplacé en position verticale (non pas en anteflexion).

Guérison sans aucun incident du côté de la plaie abdominale. Mais, dès le début, la température s'élève ($38^{\circ},2$, 38° le lendemain), $38^{\circ},2$, $38^{\circ},8$ le surlendemain). Elle dépasse 39° le quatrième jour et atteint 40 le sixième ; l'état général reste généralement bon, le pouls peu rapide (100-110). Aucune espèce de réaction péritonéale.

Pendant quatre jours encore, la température se maintient élevée, avec des oscillations d'un degré et demi ; elle ne descend jamais au-dessous de $38^{\circ},5$ le matin.

Au toucher, on trouve un empatement dans le cul-de-sac postérieur.

Colpotomie le 3 septembre. On évacue avec peine une certaine quantité de caillots, très adhérents ; aucune trace de suppuration, une mèche est placée dans le cul-de sac de Douglas. Aussitôt, la température tombe et ne dépasse plus 38° ; la mèche est retirée au quatrième jour 6 décembre. Apyrexie et guérison rapide.

OBSERVATION III (résumée).

A... (Elisa), âgée de quarante ans, entrée le 10 mai 1899, à l'hôpital Broca, dans le service de M. Pozzi, remplacé par M. Pierre Delbet.

Entrée à l'hôpital pour des douleurs sourdes dans les deux fosses iliaques, survenues depuis un an, exagérées par la marche et la fatigue.

L'abdomen, un peu sensible dans son ensemble, est occupé par une ascite mobile, de volume modéré ; au toucher, utérus très abaissé ; cystocèle, impulsion très nette à l'effort et à la toux. On trouve dans le cul-de-sac latéral gauche une bride dure et fibreuse.

Au speculum, exulcération des deux lèvres du col. Cavité de 6 centimètres et 1/2.

Cette ascite présente quelques particularités curieuses : sans être absolument mobile, elle présente des différences dans les zones mates et sonores, se produisant d'une manière brusque sous l'influence des mouvements. On observe notamment à certains moments de la sonorité dans les parties déclives, et de la matité dans des parties élevées.

Opération le 7 juin 1899, par M. Pierre Delbet.

Laparotomie : à plusieurs reprises, pendant l'opération, menace d'asphyxie ; sang noir ; cyanose de la face.

Position déclive. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve le péritoine pariétal, l'intestin et tous les organes recouverts d'un semis de granulations grisâtres, semblables à du frai de grenouille. Adhérences glutineuses entre les anses intestinales, petite quantité d'un liquide visqueux, libre dans la séreuse.

Les annexes sont explorées de chaque côté : trompes grosses et flexueuses ; semis de granulations sur les deux annexes. On les extirpe l'une et l'autre après ligature, surjet hémostatique.

La trompe droite seule contient du pus ; la gauche est seulement lardacée et hypertrophiée.

On éponge le liquide ascitique en frottant assez vigoureusement les surfaces séreuses avec des compresses aseptiques.

Suture de la paroi à trois plans.

La malade, rapportée dans son lit, se réveille tranquillement : mais, à 3 heures de l'après-midi, elle est prise brusquement d'accidents syncopaux foudroyants : pâleur, cyanose des extrémités, arrêt du cœur, ralentissement respiratoire, pupilles dilatées. La malade indiquait vaguement une douleur épigastrique au début des accidents.

Le ventre n'est pas ballonné ni mat ; impossible de supposer une hémorrhagie interne.

Malgré tous les efforts pour la ranimer (injections sous-cutanée, d'éther et de caféine, tractions de la langue, respiration artificielle, flagellation), la mort survient en quelques minutes.

Autopsie. — Le ventre est rempli de sang, mi-liquide, mi-coagulé, l'ensemble (caillots et sang), pèse deux kilogrammes ; ce sang, paraît venir d'un vaisseaux veineux, non lié, à côté de l'utéro-ovarienne du côté gauche.

OBSERVATION IV (résumée)

L... (Rosalie), âgée de 32 ans, entrée le 29 avril 1895.

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome, pratiquée le 13 mai 1899, par M. Pierre Delbet. L'incision doit être prolongée au-dessus de l'ombilic, pour permettre de désenclaver la tumeur. On découvre rapidement l'utérus, peu augmenté de volume, refoulé à droite au-dessus de l'arcade crurale, et légèrement

tordu, de manière que les annexes droites sont placées en avant, les gauches en arrière.

L'utérus porte au niveau de son fond un petit fibrome sénile, sous-péritonéal, de la grosseur d'une noix ; au voisinage de la corne utérine gauche, un petit fibrome pédiculé très mobile de la grosseur d'une aveline.

La masse principale de la tumeur est implanté à la corne utérine droite, en arrière de la précédente ; elle occupe l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, est très mobile sur l'utérus ; en dehors du pédicule primitif, qui la relie à celui-ci, elle y est encore attachée par une adhérence très large et très vasculaire (grosses veines dilatées) qui part de la partie antéro-latérale droite du fibrome pour reprendre la face antérieure de l'utérus.

On commence par débarrasser de la partie supérieure des ligaments larges, en plaçant sur chacun d'eux, dans la région de l'utéro-ovarienne, une ligature au catgut et faisant la section en dedans. On coupe de même la grande bride vasculaire qui a été signalée.

On coupe ensuite, de bas en haut, d'abord le ligament large gauche, en recherchant l'utérine, qui, de chaque côté, est liée isolément. A droite, on lie au voisinage quelques veines qui saignent beaucoup.

Le péritoine est ensuite transversalement incisé en avant de l'utérus, et la dissection utéro-vésicale commencée. On incise ensuite en arrière le cul-de-sac vaginal postérieur, en taillant de ce côté comme en avant un lambeau péritonéal.

Le vagin étant ouvert, on coupe circulairement l'insertion vaginale et l'on achève la libération de la vessie de haut en bas.

Hémostase minutieuse de toute la surface cruentée ; surjet

hémostatique sur la tranche vaginale postérieure, qui paraît saigner. Un surjet réunit les deux lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur, et forme de chaque côté les ligaments arges, sauf à leur partie toute supérieure.

Suture de la paroi en trois plans. Surjet péritonéal et aponevrotique au catgut. Points séparés au catgut au fil d'argent sur la peau.

Durée de l'opération : une heure.

A peine la malade est-elle reportée dans son lit, qu'on prévient l'interne d'un suintement vaginal abondant. De nombreux caillots souillent le lit ; l'écoulement paraît néanmoins arrêté. Irrigation prudente à l'eau bouillie, à la suite de laquelle on insinue profondément une mèche de gaze aseptique.

Midi. — Une demi-heure après, le saignement se reproduisant, on place la malade en travers du lit ; le vagin étant écarté avec des valves, tamponnement serré à la gaze aseptique, sans qu'on n'ait vu nulle part sourdre du sang en abondance et d'une façon bien localisée.

Mille grammes de sérum artificiel. Un gramme de caféine en deux piqûres. On la sonde deux fois. Urine normale.

A 3 heures de l'après-midi. Nouvelle hémorragie vaginale. Tamponnement à la gélatine.

Ce dernier tamponnement arrête le suintement vaginal, mais, dans la soirée, signes graves d'hémorragie interne ; pouls à 160 très faible ; soif vive, avec dyspnée ; pâleur et angoisse ; extrémités froides.

On défait le pansement abdominal, qui est très teinté de sang.

On se décide à intervenir.

Quelques instants avant l'opération, selle liquide spontanée.

A 9 heures du soir. Laparatomie par M. Rebreyend, interne du service. Les sutures défaites, et la malade placée en position déclive, on trouve le petit bassin rempli de caillots ; pas de sang liquide dans le ventre. Les caillots enlevés et la ligne de suture détergée, on ne voit absolument qu'un suintement insignifiant filtrant entre les fils du surjet.

Néanmoins, comme il semble par transparence qu'on aperçoive des caillots derrière la suture, celle-ci est défait. On pénètre au centre d'un hématome, du volume d'une petite orange, rempli de caillots, et intermédiaire au péritoine et aux mèches dont on sent l'extrémité dans le vagin.

Les caillots enlevés, on fait une revue très soignée de la surface cruentée ; à gauche, tout contre la ligature de l'utérine, et au-dessous de celle-ci on trouve un petit vaisseau donnant d'une façon minime, mais continue. On le lie au catgut. Deux autres points, où il semble que le suintement se produit par intermittence, sont, par précaution, liés au catgut.

On renforce en deux endroits le surjet de la tranche vaginale postérieure.

Trois grosses mèches de gaze aseptique sont bourrées dans la zone cruentée : une médiane jusqu'au contact des mèches vaginales ; deux latérales contre les pédicules des utérines. Ces trois mèches sont amenées au-dehors et la paroi suturée, sauf à sa partie inférieure, en trois plans (trois surjets au catgut sur le péritoine, le muscle, la peau).

Deux points de soutien au fil d'argent sont passés jusqu'au muscle inclusivement.

L'opération a duré une demi-heure.

Réveil difficile : la malade, ramenée à son lit en état de collapsus, est réchauffée avec des boules ; on lui fait quatre piqûres d'éther, une piqûre de 50 centigrammes de caféine. Pas de vomissements, un peu d'agitation dyspnée ; pouls, 150 ; respiration, 40.

A minuit, on injecte encore 500 grammes de sérum dans le tissu cellulaire. Ventouses sur la poitrine.

24 mai. — Le matin, état général un peu meilleur ; le pansement, imbibé d'un suintement rosé, est changé ; un peu (très peu) de suintement vaginal. Pouls, 140 à 168 ; respiration 34.

Quinze cents grammes de sérum artificiel. Une injection hypodermique d'ergotine. Température, 39° 4.

On s'abstient de donner tout lavement.

Le malade a uriné spontanément environ 200 grammes. Température 38° 5 ; pouls 137 ; respiration 32.

La malade, revue à 9 h. 1/2 du soir, est très calme. Aucun suintement par le vagin ni par l'abdomen.

25 mai. — Le matin, 38°6.

Il s'est produit un suintement encore assez notable par le vagin et l'abdomen.

Sérum artificiel, 500 grammes. On donne en outre à l'intérieur, 30 gr. de sulfate de soude en trois paquets. Le soir, 38° 6. Etat général assez satisfaisant.

26 mai. — Température du matin, 38°1. Ablation de trois mèches abdominales. Cette ablation, difficile et très douloureuse, fait faire à la malade un effort violent, et une anse intestinale apparaît à l'orifice hypogastrique, derrière la dernière mèche. On la refoule rapidement avec une compresse

aseptique. On replace une mèche ; le pansement est refait.

Ablation des mèches vaginales. Irrigation à l'eau bouillie sous très faible pression. On les remplace par une mèche aseptique unique.

Température du soir, 38°6. Etat général assez satisfaisant.

27 mai. — Température du matin, 38°4. Pouls, 100. Respiration, 32. La malade a beaucoup toussé ; potion calmante à la codéïne. On lui donne un lavement qui amène une selle abondante. Le ventre est trouvé au pansement très ballonné. A l'ablation de la mèche, écoulement très abondant de sérosité rougeâtre. On place par l'orifice hypogastrique un drain entouré d'une mèche. Suppression de la mèche vaginale.

Le soir, pouls, 129. Température, 39°4. Ballonnement amenant de la dyspnée. On couvre la poitrine de ventouses.

28 mai. — Température du matin, 38°4. Pouls, 104 à 7 heures du matin ; 120, à 9 heures ; la sérosité a suinté abondamment par l'abdomen et aussi par le vagin. Le ballonnement est considérable ; néanmoins selles spontanées ; pas de nausées ni de vomissements. Douleur diffuse dans le bas ventre.

Le drain est remplacé par une mèche unique ; on voit sourdre entre deux points du surjet à la partie supérieure de la plaie quelques gouttes de sérosité ; on y place un petit drain.

29 mai. — Etat général grave, dyspnée intense ; pouls au voisinage de 110, faible. Sérum, 500 grammes.

29 mai. — Température du matin, 38°9. Pouls 156. Ballonnement énorme, écoulement séro-purulent par l'orifice hypogastrique. Pouls très faible ; angoisse respiratoire extrême.

Soir : Température, 39°2. Etat général grave ; refroidissement des extrémités, tendance au collapsus.

Mort le matin à 3 heures.

Autopsie. — Ventre extrêmement ballonné, adhérence lâche d'une anse intestinale à la face profonde de la cicatrice, sans étranglement ni obstruction.

Abdomen rempli de sérosité sanguinolente, analogue à celle qui coulait par l'orifice de la mèche. Intestin relativement percongestionné, pas d'adhérences.

OBSERVATION V (résumée).

P... Rose, entrée dans le service de M. Pozzi, remplacé par M. Legueu, le 26 octobre 1899, salle Huguier, n° 53.

Laparatomie le 7 novembre pour un petit kyste de l'ovaire gauche, du volume d'une pomme d'api. Sitôt la malade en position déclive, et le ventre ouvert, on trouve facilement l'annexe gauche kystique, prolabée dans le cul-de-sac postérieur, mais libre de toute espèce d'adhérence. On attire aisément dans la plaie l'ovaire et la trompe. Section du ligament large aux ciseaux, en pinçant à mesure les vaisseaux qui saignent. Surjet hémostatique sur la tranche, jusqu'à la corne utérine ; les derniers points sont passés à travers le tissu utérin.

Pas de drainage. Aucun suintement sanguin constaté. Après avoir vérifié l'état des annexes droites, parfaitement saines, on referme l'abdomen par trois surjets au catgut (péritoine, muscle, peau) ; un point profond musculocutané.

Réveil calme, mais beaucoup de vomissements dans la

journée, intolérance gastrique absolue. Température du soir, 38°.

8 novembre. — La malade vomit encore, elle n'a pas dormi ; un lavement amène des gaz, mais pas de matières. Sensation de ballonnement, de gêne épigastrique. Température, 27°6, 38°3. Pouls, 100, 110.

9 novembre. — Purgatif salin, qui est vomi en entier ; deux lavements, dont l'un d'après l'habitude du service, avec un demi-litre de vin rouge ; pas de résultat. Vomissements continuels, gêne épigastrique très augmentée, pansement. Le ventre est ballonné, la main appliquée à plat y perçoit une sensation étrange qui ressemble à de la crépitation neigeuse. Pas de zone d'hypéresthésie spéciale en aucun point de l'abdomen.

Élévation thermique, 38°3. L'état général reste bon, mais la malade est agitée ; la persistance des vomissements, qui deviennent épais et brunâtres et l'absence complète de selles déterminent à pratiquer une seconde intervention.

Opération à 8 heures du soir, par M. Rebreyend, interne du service, Chloroforme. On fait sauter les surjets et le point profond : sitôt le ventre ouvert, on a de la difficulté à maintenir l'intestin, qui tend à sortir de la plaie. Celui-ci n'est nullement congestionné ; pas d'adhérence ni de pseudo-membranes ; pas de liquide dans le ventre. En explorant le petit bassin, on trouve dans le Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin une petite quantité de caillots (200 grammes environ), nullement adhérents, que l'on enlève facilement. On met ainsi à jour la tranche ligamenteuse et le surjet : une seule anse intestinale est fixée, par une adhérence glutineuse et assez lâche, à la partie moyenne de ce surjet ; on la détache

aisément. Il n'y avait, en ce point, aucune espèce de coagulation.

Le sang suinte d'une façon lente et continue de la partie interne du surjet. En ce point, trois points profonds au catgut sont passés isolément au-dessous de l'ancien surjet et serré fortement. On constate que tout écoulement est tari. Toilette rapide et facile du petit bassin.

Une mèche de gaze est placée au contact du surjet et ressort par l'angle inférieur de la plaie. Tout le reste de la paroi est suturé comme auparavant.

La malade se réveille tranquillement : injections hypodermiques de 500 centigrammes cubes de sérum artificiel.

10 novembre. — Température du matin, 36°,8 ; l'état général est peu modifié ; même ballonnement du ventre. Pouls entre 125 et 135 ; le pansement est abondamment imbibé, d'une sérosité rosée ; même impossibilité d'obtenir une selle.

Pensant que la mèche, trop volumineuse, peut être une cause d'obstruction, on la retire, pour la remplacer par un simple drain garni d'une très mince petite mèche. Le pansement permet de reconnaître que l'abdomen est très distendu ; on voit, à sa surface, se dessiner des anses intestinales contractées.

Le soir, température, 39°,2 ; on obtient par des lavements donnés à l'aide de très longues canules rectales des gaz mais point de matières.

11 novembre. — Chute thermique à 38°,3, avec sensation de bien-être ; pouls entre 120 et 130 ; mais le ballonnement ne fait qu'augmenter ; tout est mis en œuvre pour obtenir une selle ; on fait prendre à la malade deux gouttes d'huile de croton dans deux boulettes de mie de pain ; l'une et l'autre sont

rendues ; on multiplie les lavements à la glycérine, au vin ; on n'obtient aucun résultat.

Cet état se maintient stationnaire pendant ces trois dernières journées ; on note seulement une élévation lente mais continue de la température, qui remonte à 39° ; le pouls de plus en plus faible, atteint 150 ; le faciès s'altère, il survient de l'agitation.

Néanmoins, la malade ne souffre pas extrêmement ; le pansement, renouvelé tous les jours, est abondamment imbibé de sérosité.

Le ballonnement devient extrême, il gagne l'épigastre, amène la dyspnée. La température restant modérée, la douleur minime, et l'absence de selles restant le symptôme presque unique, on se décide à pratiquer un anus iliaque. On espère ainsi soulager la malade et, en même temps, escompter la dernière chance d'une erreur de diagnostic.

La malade est portée à la salle d'opération le 14 à 11 heures du soir ; vu l'état de faiblesse excessive dans lequel elle se trouve, éthérisation.

L'incision pratiquée de la fosse iliaque gauche ne laisse aucun doute sur le diagnostic de péritonite ; sitôt le péritoine incisé, issue d'un flot de sérosité louche et rosée, où flottent de nombreuses fausses membranes.

Les anses intestinales, agglutinées, sont énormément distendues.

Pendant que l'on tente d'en fixer une à la paroi, la malade est emportée en quelques instants par une syncope.

2. Observations inédites communiquées par M. Paul Delb et
(chef de clinique chirurgicale).

OBSERVATION I

Mme Hom..., couturière, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Le Dentu, le 25 mars 1900.

Rien de particulier dans les antécédents de cette malade ; elle a été réglée à l'époque ordinaire ; elle a toujours vu régulièrement. Pas de grossesse. Il y a trois ans, après les premiers rapports sexuels, la malade a commencé à avoir certains troubles de la menstruation ; les règles deviennent irrégulières ; en général elles retardent, et se produisent toutes les six semaines. La malade perd beaucoup, en général dix ou douze jours. Depuis deux ans, la malade a de la leucorrhée, qu'elle a soignée d'une manière très irrégulière par des injections boriquées, des injections de feuilles de noyer, et des injections de sublimé.

Il y a trois mois, l'écoulement est devenu beaucoup plus abondant, il a pris une teinte verdâtre.

Depuis quelques années, la malade souffre dans les reins, le bas-ventre et la racine des cuisses. Depuis que les pertes sont devenues verdâtres, les douleurs ont beaucoup augmenté. Il semble bien, qu'il y a eu à ce moment une infection blennorrhagique récente. La malade a pris des bains, des injections de sublimé, est restée au repos, sans qu'il se produisît de modifications dans son état.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate chez cette malade par le palper, de la rénitence du ventre dans le côté

droit ; la pression au-dessus du pubis et de l'arcade de Fallope du côté droit est très douloureuse.

Par le toucher, on constate un col utérin, volumineux et très sensible. Le corps utérin n'est pas très gros, mais il est rétrodévié. A droite on sent un cordon assez volumineux, sensible, qui ne peut être que la trompe. A gauche, par le toucher vaginal seul, on ne sent rien, mais par le palper bi-manuel, la main abdominale sent très haut une masse légèrement douloureuse, qu'elle ne peut amener au contact du doigt vaginal.

L'état général n'est pas mauvais, pas de fièvre ; cependant la malade a maigri, elle est fatiguée par ses douleurs, elle demande instamment à être débarrassée par une opération.

Le 29 mars. — La malade est endormie par l'éther, mise en position Trendelenburg et M. Paul Delbet fait la laparotomie.

Incision verticale médiane. Le péritoine est rapidement incisé, la main introduite dans le ventre arrive tout de suite au-dessus du pubis sur l'utérus ; en suivant son bord supérieur, on arrive aisément sur les annexes gauches ; elles sont libres et saines ; on les laisse en place. A droite, on trouve les annexes enveloppées d'adhérences épiploïques, que l'on décolle assez facilement. On extirpe la trompe par le procédé indiqué dans la thèse. La trompe a le volume, dans sa portion externe dilatée, d'un petit œuf de poule. On fait sur le ligament large *un surjet à la soie* ; on résèque une certaine quantité d'épiploon ; c'est probablement de l'épiploon qu'on sentait par le palper bi-manuel à gauche.

La trompe renferme une masse pulpeuse, violacée, qui semble être une grossesse extra-utérine.

A la suite de l'opération, il y eut une légère élévation thermique 37°,5, 37°,8. Pendant quatre ou cinq jours. La malade souffre du côté droit, mais il n'y a ni vomissements ni réaction péritonéale. Peu à peu, les symptômes se calment, la malade se relève rapidement, et elle sort de l'hôpital en parfait état le 18 avril 1900.

Cette malade a été revue ultérieurement. Ayant repris la vie active peu après sa sortie de l'hôpital, et ayant eu des rapports sexuels, elle a éprouvé de nouveau des douleurs dans le côté droit. Depuis, elle a éprouvé de la pesanteur, des lancées du même côté.

En effet, quand on l'examine le 30 mai, on sent par le toucher vaginal une masse assez volumineuse, qui se continue avec la partie droite de l'utérus, et se prolonge vers la paroi pelvienne; cette masse occupe manifestement la base du ligament large. On diagnostique un phlegmon du ligament large. On décide la malade à entrer à l'hôpital et le 1^{er} juin M. Delbet incise le phlegmon par le cul-de sac vaginal. Il s'écoule du liquide séreux en petite quantité, la plaie se referme rapidement et la malade n'est que peu soulagée.

La malade dut rentrer une troisième fois à l'hôpital le 30 mai 1900 et M. Delbet fut obligé pour faire cesser les accidents de rouvrir le ventre. On trouva des anses intestinales, de l'épiploon confondus en un magma avec le reste du ligament large. On détacha les adhérences et on trouva des fils de soie mal enkystés déterminant par leur présence un processus irritatif. On les retira, on fit le drainage du ventre et cette fois la malade sortit guérie.

On pourrait dire que cette observation n'est pas démonstrative puisque la malade a continué à souffrir ; mais ce serait là une fausse interprétation ; en réalité, il y eut infection soit par les mains, soit par la trompe, soit par la soie et M. P. Delbet estime qu'opérée autrement cette malade aurait succombé au lieu de faire une infection limitée. En tout cas cette observation prouve qu'il ne faut pas employer la soie, quand on n'a pas une certitude absolue de l'asepsie mais seulement le catgut.

OBSERVATION II (inédite).

Communiquée par M. Paul Delbet.

Sour... Emilie, profession cuisinière, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Necker le 19 mars 1900 pour une salpingite droite.

Cette salpingite a débuté, il y a déjà près de deux ans ; elle s'est caractérisée surtout par des douleurs intenses du côté droit, douleurs apparues, après un écoulement abondant leucorrhéique.

La malade s'est soignée, à différentes reprises par le décubitus et les injections mais les douleurs persistant et la malade ayant besoin de toutes ses forces dans son pénible métier (cuisinière), elle se décide à entrer à l'hôpital et désire être opérée.

En examinant la malade, on constate un col peu altéré, un utérus légèrement rétrodévié, mais cependant encore mobile. On sent dans le cul-de-sac gauche une masse légèrement douloureuse, allongée transversalement, ayant le volume d'une prune. On diagnostique une salpingite gauche.

Dans le cul-de-sac droit, relativement souple, on sent un cordon, qui est sans doute la trompe légèrement augmentée de volume. Vers la corne droite de l'utérus, on sent une masse douloureuse, il y a une salpingite, qui paraît moins accentuée que la gauche.

La malade souffre spontanément d'une manière presque continue surtout à gauche, elle est légèrement amaigrie, il n'y a pour ainsi dire pas fièvre; il existe un certain degré de dyspepsie.

Le 5 avril. — M. Paul Delbet fait la laparotomie, et constate une ovarite kystique des deux côtés: les annexes droites étant plus malades, on fait l'extirpation suivant le procédé anatomique. A gauche, on extirpe seulement la partie externe de l'ovaire, qui est la plus atteinte. La malade avait spécifié avant l'opération qu'elle voulait rester féconde.

Les suites opératoires ont été simples et parfaites, sans fièvre ni suppuration; La température est restée constamment de 37° à 37°2. Les fils ont été enlevés le septième jour; il n'y avait pas de rougeur et la plaie était bien réunie. La malade est sortie le 26 avril 1900 en parfait état.

OBSERVATION III (Inédite).

Communiquée par M. Paul Delbet.

A... Louise, ménagère, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital Necker, le 26 mars 1900. Cette malade éprouve depuis neuf mois des douleurs dans le bas-ventre, dans le rein gauche, dans la cuisse gauche, douleur s'amendant par le repos au lit s'exaspérant par la marche. A la même époque, la malade

a vu paraître des métrorrhagies à peu près continuelles et des pertes ayant les caractères de l'hydrorrhée.

A l'examen de cette malade, on constate un col sain, un utérus mobile et une antéversion marquée ; le cul-de-sac droit est légèrement induré, il n'est pas complètement libre. A gauche, on sent une masse ayant le volume d'une prune environ, masse très douloureuse, en avant d'elle, il existe une seconde masse mobile, un peu plus petite. La malade souffrant malgré le repos, malgré les injections, on décide à faire la laparatomie.

L'opération est faite le 7 avril 1900 par M. Paul Delbet.

A gauche, on trouve les annexes adhérentes aux parois de l'excavation et formée de deux masses distinctes. En avant, un ovaire scléro-kystique, en arrière, la trompe distendue par du liquide louche. On en pratique l'extirpation et on fait un surjet sur le ligament large. A droite, la trompe est peu altérée, l'ovaire porte plusieurs kystes, mais un d'eux est plus volumineux et a le volume d'un noyau de cerise. On en fait l'extirpation et on fait un surjet sur la cavité.

Les suites opératoires furent complètement apyrétiques. Les fils furent enlevés le dixième jour. La malade s'est levée le dix-septième jour et partie parfaitement bien le premier mai 1900. Les pertes n'ont pas reparu après l'opération.

OBSERVATION IV (inédite).

(Communiquée par M. Paul Delbet).

Mme Th..., (Marie), âgée de 32 ans, entre à l'hôpital le 21 avril 1901 dans l'après-midi vers deux heures pour des

accidents graves simulant la péritonite par perforation.

A l'entrée à l'hôpital, cette malade présente les symptômes suivants : facies pâle, traits tirés, vomissements se reproduisant trois fois dans la journée et constitués par une eau fortement teintée de vert. La malade se plaint de souffrir dans le ventre d'une douleur contusive et profonde et occupant surtout la région hypogastrique et le flanc droit. Elle n'est pas allée à la selle depuis 4 jours, elle n'a rendu ni gaz, ni matières. Ces accidents ont débuté 6 jours auparavant. La malade a éprouvé d'abord des douleurs sourdes dans la partie inférieure du ventre. Deux jours après elle a dû se coucher, et depuis 48 heures elle vomit.

A l'examen, on constate que le ventre est météorisé, les anses intestinales sont distendues. Partout dans le ventre, il existe une sonorité à timbre élevé. On ne constate pas de matité dans les flancs, soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus latéral. Le frolement même superficiel du ventre est douloureux, toutefois, on ne provoque de douleurs vives par la pression, que dans la partie inférieure droite du ventre. Ces douleurs siègent à la fosse iliaque du côté droit, mais au-dessous et en dedans de la ligne, qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Elle s'étend en dedans presque jusqu'à la ligne médiane et en bas jusqu'au pubis.

Aucune particularité pour les autres régions.

Cette femme avait eu deux enfants 5 ans et 3 ans auparavant ; elle était mariée et avait été d'une bonne santé habituelle. Elle souffrait depuis quelques mois de troubles digestifs elle n'avait jamais eu de crises analogues à celles qu'elle présentait.

En examinant les organes génitaux, on trouve un certain degré d'écoulement leucorrhéique, un col gros, un utérus sensible. La température était 37° et le pouls 110.

Devant ces symptômes, quel diagnostic pouvait-on faire? Obstruction intestinale, perforation intestinale, appendicite, infection génitale.

Contre l'hypothèse d'une obstruction intestinale, nous avions l'absence de vomissements fécaloïdes, malgré la durée de la lésion; un ventre légèrement météorisé, mais non pas rempli d'anses distendues, l'absence de contractions intestinales et de coliques douloureuses, aucune trace d'algidité. Ce diagnostic fut donc éliminé. L'hypothèse d'une perforation stomacale et duodénale fut également rejetée, à cause du siège de la douleur qui était dans la partie inférieure du ventre et surtout parce que le début avait été progressivement croissant et non pas absolument brusque la soudaineté étant ainsi que l'a montré M. le professeur Dieulafoy la caractéristique de perforation stomacale ou intestinale. En revanche, je songeais à une appendicite expliquant le siège de la douleur en bas et en dedans par une situation un peu anormale de l'appendice, que je supposais être placée en bas et en dedans. M. le professeur Le Dentu ayant examiné ultérieurement la malade me fit remarquer, qu'il n'existait pas d'empâtement dans la fosse iliaque droite, que la douleur était nettement juxta-pubienne, que l'utérus était gros, sensible à la pression, très douloureux quand on cherchait à le mobiliser et qu'il fallait beaucoup plus songer à une infection génitale, ovaro-salpingienne.

La malade étant entrée un dimanche dans l'après-midi, M. Delbet l'avait examinée. Son état ne paraissant pas immédiatement grave, il préféra surseoir à toute intervention, es-

pérant que les accidents se calmeraient et que la malade supporterait mieux une opération faite plus tardivement.

Le lendemain 22 avril, l'état était à peu près le même; malgré l'application de la glace et l'administration de l'opium, le ventre restait douloureux. La malade avait eu 4 vomissements porracés et bilieux dans la nuit. Le pouls restait à 100, mais petit et dépressible. En somme, l'aspect général de la malade donnait l'impression d'une maladie, qui, loin de s'atténuer, s'aggravait progressivement. On résolut d'intervenir immédiatement.

La laparotomie médiane, longitudinale, sus-pubienne fut pratiquée par M. Paul Delbet; le ventre à peine ouvert, on tomba sur des anses rouges, vascularisées, imprégnées de liquide séro-purulent, l'utérus est gros, rouge et conduit sur la trompe droite, extrêmement congestionnée. Le pavillon est ouvert et par ce pavillon coule du pus. On extirpe, comme dans les cas précédents et on fait un surjet sur le ligament large. Drainage. Le deuxième jour après l'opération, le pouls atteint 100. La température les deux premiers jours est de 37°, le troisième jour et le quatrième elle monte à 37°,9, pour tomber à la normale les jours suivants. Les fils ont été enlevés le douzième jour la malade est sortie de l'hôpital le 20 mai 1901 parfaitement bien.

OBSERVATION V (inédite).

Communiquée par M. Paul Delbet.

Mlle D... Augustine, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Necker, le 31 mars 1900.

Il y a 7 ans, elle a eu un avortement, trois mois après, elle entre pour une hémorrhagie assez abondante à l'hôpital Neker. On lui fait un curettage et après 6 semaines de séjour à l'hôpital, elle en sort rétablie.

A l'entrée à l'Hôpital, cette malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre principalement dans le flanc gauche. Elle a des métrorrhagies. Les douleurs sont lancinantes et elles existent depuis 2 ans, mais c'est surtout depuis trois mois, qu'elles sont devenues intolérables, à tel point que la malade s'est décidée à demander une intervention. L'état général n'est pas mauvais. La digestion est bonne.

En examinant la malade, on constate, que le col est sain qu'il n'y a rien dans le cul-de-sac droit. A gauche, au contraire, on sent une masse assez volumineuse, douloureuse, ayant le volume d'un petit œuf. On diagnostique une salpingite gauche.

L'opération est faite le 5 avril par M. Paul Delbet.

Le ventre ouvert, on tombe sur une masse adhérente en arrière, recouverte par de l'épiploon et dans laquelle il est assez difficile au premier abord de se reconnaître. On détache doucement les adhérences de l'épiploon et on aperçoit alors sur la ligne médiane un corps ferme, qui ne peut être que l'utérus. On l'isole doucement en arrière et on est ainsi conduit sur l'insertion de la trompe gauche. La trompe est isolée d'abord du côté utérin suivant le procédé exposé. Elle est sectionnée au thermocautère et on cautérise soigneusement les deux tranches que l'on rend ainsi complètement aseptiques.

On poursuit ensuite l'isolément de la trompe ; celui-ci exige une certaine délicatesse de toucher, la trompe étant

distendue par le pus. Progressivement cependant, on arrive à énucléer l'organe et l'on constate que la poche descendant le long de l'utérus se porte derrière celui-ci dans le petit bassin. Il eût été extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible d'enlever par un autre procédé la trompe sans la rompre. L'ovaire qui est suppuré comme la trompe, est énucléé en même temps qu'elle. On applique des ligatures aux deux extrémités et puis on refait le ligament large avec un surjet. La trompe et l'ovaire droits, également suppurés, sont extirpés.

Lorsque l'opération est terminée, le petit bassin est libre, sans qu'il ait coulé une seule goutte de pus. Les surfaces sont lisses, sinon polies. L'utérus gros encore et volumineux se dresse à sa place avec son attitude normale, bien maintenu par conséquent, par les ligaments. Néanmoins par précaution, on fait un drainage à la Mickulikz en refoulant l'utérus en avant.

La température a été de 38° le soir du deuxième jour après l'opération, le reste du temps pas de fièvre. On a enlevé les fils et le drainage le onzième jour. La malade s'est levée au dix huitième jour ; elle est sortie de l'Hôpital le vingt-cinquième jour, avec une cicatrice linéaire et une petite croûte au niveau du point drainé.

Les suites opératoires sont parfaitement bonnes, sauf quelques bouffées de chaleur, dont la malade se plaint.

Observations inédites communiquées par M. Raymond Petit (ancien Interne des Hôpitaux de Paris chef de clinique chirurgicale adjoint à l'hôpital Necker.

OBSERVATION VI

Madame Ch..., âgée de 35 ans, présente depuis plusieurs années des troubles en rapport avec une salpingo-ovarite double. Elle accuse des troubles digestifs, des douleurs de reins, un écoulement vaginal muco-purulent très abondant. Par période les symptômes s'accusent et la malade doit garder le lit avec des phénomènes de pelvi-péritonite.

Amaigrissement considérable, teint pâle et terreux, perte des forces. Etat général mauvais. A l'examen, on sent dans les parties latérales du cul-de-sac postérieur deux masses empaquetées, assez haut situées que l'on peut assez facilement délimiter en combinant le toucher et le palper. Celle de droite est grosse comme une orange, celle de gauche ne paraît pas excéder le volume d'un œuf. A ce niveau on perçoit de la fluctuation profonde, à droite comme à gauche. Cette recherche détermine de vives douleurs. L'utérus est gros. Le col est entr'ouvert rouge etc.

Le 31 janvier 1900, immédiatement après une période menstruelle, pendant laquelle, l'écoulement sanguin a été très peu abondant, la malade est prise de frissons, la température monte à 40°,5 et tous les signes d'une pelvi-péritonite grave apparaissent.

Repos au lit ; glace sur le ventre, opium régime lacté exclusif.

Les jours suivant, les symptômes s'amendent et la température retombe progressivement pour atteindre 37° le 12

février 1900. La malade a des sueurs profuses. Deux jours après, l'opération est décidée et pratiquée le 14 février 1900 par le Dr Raymond Petit.

Laparotomie médiane. Position de Trendelenbourg. Isolation de la masse intestinale par plusieurs lits de compresses.

On voit l'utérus, volumineux, mais régulier, portant cependant sur la partie postérieure de son fond un fibrome sous-péritonéal du volume d'une cerise.

Sur les parties latérales les trompes apparaissent nettement à leur entrée dans l'utérus, mais en les suivant en dehors et en arrière, on voit leur partie externe se confondre avec une poche d'ovarite suppurée de chaque côté, mais plus grosse, à droite qu'à gauche. A droite, l'intestin et l'appendice n'ont pas de connexion avec l'abcès ovarien; à gauche au contraire deux anses d'intestin grêle sont adhérentes à la poche purulente. S'inspirant de la section médiane préconisée par M. Faure, M. Petit fait la section de la trompe droite à son insertion utérine, entre deux ligatures, il croit devoir conserver l'utérus. Il détruit au thermo-cautère la muqueuse de la portion utérine de cette trompe et peut sans difficulté, avec des légères tractions et quelques coups de ciseaux courbes dérouler les annexes droites suppurées. La trompe et l'ovaire sont enlevés, sans qu'une goutte de pus eût fait irruption; on lie l'utéro-ovarienne et fait un surjet péritonéal, dans lequel on enfouit le bout utérin de la trompe liée.

A gauche, même opération. Les annexes se déroulent très facilement, sans rupture de la poche purulente et on attire avec elles au-dehors les deux anses intestinales grêles adhérentes à la poche suppurée. Après avoir garni ces anses de nouvelles compresses aseptiques, on décolle les adhérences et le pus

s'écoule hors du ventre sur les compresses immédiatement changées. Surjet péritonéal enfouissant la corne utérine liée après ligature de l'utéro-ovarienne gauche. Toilette à sec des anses adhérentes et du péritoine. Drainage abdominal, à la Mickuliez, ablation du petit fibrome utérin et suture du péritoine utérin. Surjet péritonéal ; sutures de la paroi.

L'opération a duré cinquante minutes. Suites opératoires simples.

Les mèches abdominales sont enlevées le quatrième jour facilement ; il n'y a pas de suppuration.

Le sixième jour, on enlève le drain.

Le neuvième jour, ablation des fils, réunion par première intention, sauf au niveau du drainage bien entendu.

Suppuration légère du trajet du drain qui bourgeonne.

La guérison était complète le 19 mars. La malade se lève le lendemain.

A partir du 2 avril, on fait quelques pansements vaginaux à la levure de bière sèche et 3 injections intra-utérines de cette substance délayée dans de l'eau stérilisée.

Le 28 avril, la métrite est complètement terminée ; l'utérus est réduit de volume. La malade complètement guérie part pour la campagne. Depuis cette époque, aucune maladie, aucun écoulement leucorrhéique. La cicatrice abdominale est très régulière, seulement un peu déprimée en bas, au niveau du drainage. Pas d'éventration.

La malade a engraisé, elle mange et digère bien. Son teint est excellent, son caractère s'est complètement modifié ; elle est gaie et vaque à ses occupations sans fatigue.

Le 18 juin 1901, la malade est revue, son état reste excellent sans le moindre trouble.

Le pus des abcès contenait des staphylocoques blancs et des staphylocoques dorés à droite. A gauche on a retrouvé les mêmes microbes et du *bacterium coli*.

OBSERVATION VII (Inédite).

Communiquée par le Dr Raymond Petit ancien Interne des Hôpitaux

Mme T..., 38 ans. A été opérée par moi le 23 décembre 1899, pour un pseudo-kyste sacculaire suppuré, crural droit.

En février 1901, la malade qui avait remarqué des pertes blanc-jaunâtres abondantes, vient consulter. Elle a des troubles digestifs très accusés qui ont débuté environ un mois et demi ou deux mois après la première opération. Ces troubles accompagnés de diarrhées intenses alternant avec quelques jours de constipation se sont accusés beaucoup depuis un mois et la malade a eu quelques nausées et des vomissements muqueux le matin.

Pas d'éthylisme.

Douleur dans le bas-ventre et dans les reins, plus accusées au moment des règles qui n'ont plus leur régularité et leur durée habituelle.

A l'examen on constate par le toucher et le palper combinés, un utérus de volume normal un peu sensible à la pression. En arrière on sent deux masses fluctuantes très douloureuses qui paraissent répondre aux trompes.

L'état général est mauvais, la langue sale, la température est à 39°,8 le soir.

La malade est mise au repos horizontal et au régime lacté.

Le 17 février 1901, frissons. Etat général grave, tempéra-

ture à 40° le soir. Vomissements, ballonnement du ventre à la partie supérieure seulement. Diète lactée, glace sur le ventre. Opium à l'intérieur.

Le 12 mars 1901, la température redescend à 37°,5.

Le 19 mars 1901, je fais la laparotomie en position inclinée de Trendelenbourg. Peu d'adhérences, la masse intestinale est refoulée vers le diaphragme et protégée par plusieurs épaisseurs de compresses.

L'utérus peu volumineux est complètement fusionné en arrière avec la face antérieure du rectum sur toute sa hauteur. Les deux trompes énormes, se portent en arrière et en dehors et adhèrent intimement à la paroi pelvienne.

Je les sectionne chacune entre deux ligatures à leur insertion interne et je puis ainsi sans aucune difficulté dérouler les annexes suppurées sans crever les poches purulentes dont les parois sont cependant minces et fragiles en plusieurs points. L'ovaire gauche kystique est enlevé en même temps.

Surjet péritonéal de chaque côté dans lequel on enfouit les cornes utérines après avoir détruit la muqueuse au thermocautère.

Incision des adhérences utéro-rectales dont chaque tranche est suturée bord à bord de façon à rétablir le cul-de-sac de Douglas.

Toilette du péritoine à sec.

En laissant revenir en place les anses intestinales on en voit une qui est circulairement épaissie et qui paraît avoir de ce fait sa lumière rétrécie.

En invaginant avec le doigt la partie sous-jacente on dilate facilement cette portion.

Sutures du péritoine et de la paroi en surjets séparés, pas de drainage.

Suites opératoires des plus simples. Aucune élévation de température.

Ablation des fils le 9^e jour ; réunion par première intention.

Le 28 avril la malade se lève.

Nous avons pu la revoir le 15 juin 1901.

L'état général est bon, les digestions se font bien ; la malade a repris ses occupations d'ailleurs assez fatigantes. Pas d'éventration.

Le pus des trompes examiné au microscope a montré des gonocoques et des staphylocoques. Les cultures ont fourni des staphylocoques dorés.

CONCLUSIONS

1° Le procédé d'extirpation des trompes, dit anatomique consiste dans la libération de la trompe au niveau de la corne utérine et la pédiculisation des vaisseaux au niveau de l'extrémité interne de la trompe, dans le décollement progressif et la libération de la trompe sous le contrôle de l'œil ; puis la ligature de son pédicule externe. On fait ensuite un surjet qui ferme le ligament large et recouvre les pédicules de la trompe.

2° Ce procédé a comme avantage, une facilité plus grande, une grande simplicité, la suppression des moignons volumineux et des surfaces cruentées pouvant amener des adhérences. Il permet de restituer aux parties leur aspect anatomique normal.

3° Ce procédé n'expose pas, comme on l'a dit, aux hémorrhagies, à la condition de placer les ligatures vasculaires en bon lieu.

Vu : par le Président de thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

L. BOYER, impr. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

